

葛飾区子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

葛飾区長 宛て

申請者 住 所 葛飾区
氏 名
電 話 ()
被接種者との続柄 ()

葛飾区子どものインフルエンザ予防接種費用助成要綱第 6 条の規定により、当該費用の助成を受けたいので必要書類を添えて下記のとおり申請し、下記請求金額を請求します。
本申請にあたり、住民基本台帳を確認することについて、同意します。
助成金については下記口座への振込みを希望します。

記

被接種者	住 所	葛飾区						
	氏 名							
	生年月日	年 月 日						
	実施医療機関で接種できない理由	医療機関に入院中のため 施設に入所中のため その他()						
接種状況	1回目	医療機関名						
		接種日	年 月 日 (接種日の年齢 歳 か月)					
		自己負担額	円	ワクチン種別	不活化ワクチン(助成上限額は 3,000 円) 点鼻生ワクチン(助成上限額は 6,000 円)			
	2回目	医療機関名						
		接種日	年 月 日 (接種日の年齢 歳 か月)					
		自己負担額	円	ワクチン種別	不活化ワクチン(助成上限額は 3,000 円)			
	自己負担額合計		円					
	請求金額		円					

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

委 任 状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）

葛飾区子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者 氏 名
住 所